

Lidmila Hamplová

Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy

2., aktualizované a rozšířené vydání





Lidmila Hamplová

Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy

2., aktualizované a rozšířené vydání

Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude trestně stíháno.

Automatizovaná analýza textů nebo dat ve smyslu čl. 4 směrnice 2019/790/EU a použití této knihy k trénování AI jsou bez souhlasu nositele práv zakázány.

Doc. MUDr. Lidmila Hamplová, PhD.

VEŘEJNÉ ZDRAVOTNICTVÍ A VÝCHOVA KE ZDRAVÍ pro střední zdravotnické školy 2., aktualizované a rozšířené vydání

Recenzentka: MUDr. Marie Nejedlá

© Grada Publishing, a.s., 2026

Cover Photo © depositphotos.com 2026

Vydala Grada Publishing, a.s.

U Průhonu 22, Praha 7

jako svou 10 460. publikaci

Odpovědná redaktorka Bc. Gabriela Glezgová

Sazba a zlom Josef Lutka

Obrazovou dokumentaci dodala autorka

Obrázky P2 a P3 v barevné příloze laskavě poskytli jejich autoři

Počet stran 216 + 8 stran barevné přílohy

1. vydání, Praha 2026

Vytiskly Tiskárny Havlíčkův Brod a.s.

Názvy produktů, firem apod. použité v knize mohou být ochrannými známkami nebo registrovanými ochrannými známkami příslušných vlastníků, což není zvláštním způsobem vyznačeno.

Postupy a příklady v této knize, rovněž tak informace o lécích, jejich formách, dávkování a aplikaci jsou sestaveny s nejlepším vědomím autorů. Z jejich praktického uplatnění však pro autory ani pro nakladatelství nevyplyvají žádné právní důsledky.

ISBN 978-80-247-9187-6 (ePub)

ISBN 978-80-247-9184-5 (pdf)

ISBN 978-80-271-5434-0 (print)

Obsah

Seznam zkratk	9
1 Veřejné zdravotnictví jako medicínský obor, jeho historie a současnost	11
1.1 Počátky veřejného zdravotnictví	13
1.2 Veřejné zdravotnictví za první republiky (1918–1938)	14
1.3 Veřejné zdravotnictví v letech 1948–1989	15
1.4 Veřejné zdravotnictví po roce 1989 a v současnosti	16
1.5 Principy současného českého veřejného zdravotnictví	19
2 Modely zdravotnických systémů, výdaje na zdravotnictví	20
2.1 Základní modely zdravotnických systémů	22
2.1.1 Státní zdravotnictví	22
2.1.2 Zdravotnický systém založený na zdravotním pojištění	23
3 Prevence nemocí a systém léčebně preventivní péče v České republice	26
3.1 Prevence a její druhy	27
3.2 Veřejné zdravotní pojištění	28
3.3 Léčebně preventivní péče	30
3.3.1 Druhy zdravotní péče	30
3.3.2 Formy zdravotní péče	33
4 Národní zdravotnický informační systém a Národní zdravotnický informační portál	38
4.1 Národní zdravotnický informační systém	38
4.2 Národní zdravotnický informační portál	39
5 Zdraví a jeho determinanty, životní styl a jeho rizikové a protektivní faktory, syndrom rizikového chování	41

5.1	Definice „zdraví“	41
5.2	Determinanty zdraví	43
5.3	Spravedlnost v péči o zdraví (ekvita)	45
5.4	Životní styl a jeho faktory	46
5.5	Rizikové chování (syndrom rizikového chování)	48
5.6	Výživa	50
5.7	Hypertenze	56
5.8	Zvýšená hladina krevních tuků	57
5.9	Poruchy příjmu potravy	59
5.10	Alternativní výživa	63
5.11	Výživová doporučení	65
5.12	Pohybová aktivita	69
5.13	Doporučení WHO a EU k realizaci zdraví prospěšné pohybové aktivity (HEPA)	71
5.14	Kouření	74
5.14.1	Problematika závislosti na tabáku	75
5.15	Alkohol	84
5.15.1	Problematika závislosti na alkoholu	85
5.15.2	Fetální alkoholový syndrom	87
5.16	Nelegální návykové látky, gambling, netolismus	90
5.16.1	Závislost na nelegálních látkových drogách	91
5.17	Stres	106
5.18	Reprodukční zdraví a rizikové sexuální chování	111
5.19	Úrazy	114
6	Zdravotní gramotnost	121
6.1	Srovnávací studie zdravotní gramotnosti v zemích EU	124
6.2	Zvyšování zdravotní gramotnosti v České republice	125
6.2.1	Druhy intervencí ke zvýšení zdravotní gramotnosti	127
6.2.2	Zvyšování zdravotní gramotnosti cílových populač- ních skupin v každodenní praxi zdravotnického pracovníka	129
6.3	Poradenství ve vybraných oblastech životního stylu poskytované zdravotníky	135
6.3.1	Poradenství v oblasti zdravé výživy	136

6.3.2	Poradenství v oblasti podpory zdraví prospěšné pohybové aktivity	136
6.3.3	Poradenství při odvykání kouření	138
6.3.4	Poradenství při nadměrné stresové zátěži	140
6.3.5	Poradenství u rizikového pití alkoholu	143
6.3.6	Poradenství při užívání nelegálních návykových látek	145
6.3.7	Peer programy	147
6.3.8	Hodnocení efektu výchovy ke zdraví a zvýšení zdravotní gramotnosti	147
7	WHO a podpora veřejného zdraví	149
7.1	Struktura WHO	149
7.2	Úloha WHO v podpoře veřejného zdraví členských států	151
7.3	Komunitní programy WHO zaměřené na podporu veřejného zdraví realizované v České republice	152
8	EU a podpora veřejného zdraví	158
8.1	Zdravotní stav populace EU	158
8.2	Zdravotní politika EU	158
9	Česká republika a veřejné zdraví	162
9.1	Zdravotní politika České republiky	162
9.2	Legislativa (zákonné normy)	164
9.3	Koncepce a strategické dokumenty	164
9.4	Financování aktivit na podporu veřejného zdraví	171
10	Zdravotní stav populace obyvatel EU a ČR, statistické proměnné, vývojové trendy, monitoring	173
10.1	Zdravotní stav obyvatel Evropské unie	173
10.2	Zdravotní stav obyvatel České republiky	175
10.3	Statistická data a statistické proměnné	180
10.4	Studie zdravotního stavu populace	183
10.5	Monitoring zdraví a životního prostředí	186

11 Screening, screeningové onkologické programy v České republice, kardiovaskulární a diabetický screening	188
11.1 Screeningové onkologické programy v České republice	188
11.1.1 Mamografický screening	189
11.1.2 Kolorektální screening	192
11.1.3 Cervikální screening	194
11.1.4 Screening karcinomu prostaty	197
11.1.5 Screening karcinomu plic	199
11.2 Kardiovaskulární screening	201
11.3 Diabetický screening	202
11.4 Screening časného záchytu výdutě břišní aorty	204
11.5 Efektivita screeningových programů	204
12 „Quick buys“ („rychlé nákupy“)	206
Rejstřík	209

Seznam zkratek

ABSI	index tvaru těla (A Body Shape Index)
BMI	index tělesné hmotnosti (Body Mass Index)
DALY	ukazatel roků života ztracených v nemoci nebo předčasným úmrtím (Disability-Adjusted Life Years)
EHES	studie šetřící zdravotní stav dospělé populace (European Health Examination Survey)
EHIS	Evropské výběrové šetření o zdraví (European Health Interview Survey)
ESC	Evropská kardiologická společnost (European Society of Cardiology)
ESH	Evropská společnost pro hypertenzi (European Society of Hypertension)
FAS	fetální alkoholový syndrom
FTS	fetální tabákový syndrom
HAPIEE	studie šetřící dopad životního stylu a psychosociálních faktorů na zdravotní stav populací ve vybraných státech střední a východní Evropy (Health, Alcohol and Psychosocial Factors in Eastern Europe)
HDP	procento hrubého domácího produktu
HELEN	studie šetřící zdravotní stav a životní styl městské populace středního věku (Health, Life Style and Environment)
HLY	ukazatel délky života ve zdraví (Healthy Life Years)
HPH	projekt Zdraví podporující nemocnice (Health Promoting Hospitals)
LSPP	Lékařská služba první pomoci
MŠ MT	Ministerstvo školství České republiky
NSZM ČR	Národní síť Zdravých měst České republiky
NZIP	Národní zdravotnický informační portál
NZIS	Národní zdravotnický informační systém
oGTT	orální glukózový toleranční test
PAU	polycyklické aromatické uhlovodíky
PSA	prostatický specifický antigen

SDS	Škála závažnosti závislosti na drogách (Severity of Dependence Scale)
SF	srdeční frekvence
SF _{max}	maximální srdeční frekvence
SHS	pasivní kouření (second-hand smoke)
SZÚ	Státní zdravotní ústav
TF	tepová frekvence
THS	rezidua tabákového kouře dlouhodobě přetrvávající v ovzduší a prostorách (third-hand smoke)
TOKS	test na okultní krvácení do stolice
UNICEF	Dětský fond Světové zdravotnické organizace
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
WHA	Světové zdravotnické shromáždění (World Health Assembly)
WHR	index poměru obvodu pasu a boků (Waist/Hip Ratio)
WHO	Světová zdravotnická organizace (World Health Organization)

1 Veřejné zdravotnictví jako medicínský obor, jeho historie a současnost

Veřejné zdravotnictví je interdisciplinární obor zabývající se zdravotním stavem vybraných populačních skupin nebo celé populace. Multidisciplinární medicínský obor *Veřejné zdravotnictví* využívá a integruje poznatky různých vědních disciplín. Jeho základ tvoří řada medicínských a společenskovedních oborů (demografie, statistika, hygiena a epidemiologie, organizace a řízení zdravotnictví, sociální lékařství, ochrana zdraví, podpora zdraví, sociologie, psychologie, ekonomie, medicínské právo a řada dalších oborů). Veřejné zdravotnictví je součástí zdravotnického systému, který v zájmu státu a v mezích určité zdravotní politiky realizuje vůči populaci opatření, která mají vést ke zlepšení zdravotního stavu. Veřejné zdravotnictví je tedy medicínským oborem, který se systematicky zabývá problematikou zdraví celé populace i jejích vybraných populačních skupin a problematikou zdravotnictví.

Základním znakem, který obor Veřejné zdravotnictví odlišuje od ostatních klinických medicínských oborů, je uplatňování populačních přístupů. V centru zájmu klinických medicínských oborů je pacient jako jednatel, rozpoznání příznaků jeho nemoci a léčba této nemoci. Oblastí zájmu veřejného zdravotnictví není pacient jako individualita, ale veřejné zdravotnictví se orientuje na vybrané populační skupiny. Podle určitých konkrétních znaků je možné zařadit pacienta do určité populační skupiny. Mezi tyto charakteristické znaky patří věk, pohlaví, vzdělání, sociální postavení, příslušnost k minoritám, rizikové faktory životního nebo pracovního prostředí, způsob života, zejména stravování, úroveň pohybové aktivity, abúzus drog, závislost na alkoholu, kouření apod.

Na rozdíl od různých medicínských oborů, které se zabývají zdravím jednotlivce a objektem jejich zájmu je konkrétní pacient, řeší veřejné zdravotnictví problémy, které se týkají zdraví celé společnosti, zdraví vybraných populačních skupin nebo zdraví komunit.

Dominantním cílem a smyslem péče o zdraví je dosáhnout co nejvyšší úroveň zdraví lidí (zdravotní stav populace), které je rovněž základním kritériem kvality systému péče o zdraví.

Řízení péče o zdraví je vysoce odborná aktivita spočívající jak na vědeckých, stále se vyvíjejících a doplňujících poznatcích, tak na praktických, soustavně hodnocených odborných zkušenostech.

Pro oblast veřejného zdravotnictví jsou typické intervence, jako jsou skupinové (komunitní), populační, epidemiologické, preventivní či organizační, a jsou pro ně charakteristické zásahy do životního prostředí, pracovního prostředí, sociálního prostředí, způsobu života apod.

Úlohou veřejného zdravotnictví je pozitivně ovlivňovat životní a pracovní prostředí a zejména životní styl obyvatel a jeho cílem je dosáhnout co nejvyšší úrovně zdraví obyvatel daného státu a snížit nerovnosti ve zdraví. Nerovnosti ve zdraví se vyskytují v České republice i ve všech evropských zemích. Například rozdíl v délce života mezi bohatšími a chudšími socioekonomickými skupinami obyvatel činí několik let. Nerovnosti ve zdraví vyplývají ze sociálních determinant, tedy podmínek, do nichž se lidé rodí, v nichž vyrůstají, žijí, pracují a stárnou. Veřejné zdravotnictví je proto velmi úzce spjato se sociálním lékařstvím.

Obor Veřejné zdravotnictví existuje ve všech vyspělých zemích jako samozřejmá součást pregraduálního i postgraduálního vzdělávání lékařů i nelékařských zdravotnických pracovníků.

Veřejné zdraví je definováno jako zdravotní stav populace, případně jednotlivých populačních skupin.

Zdravotní stav je charakterizován popisem a výsledky měření úrovně zdraví jednotlivce i určité populace v čase, umožňuje srovnání s jinou populací nebo se stanoveným standardem obvykle vyjádřeným vybranými ukazateli zdraví.

Zdravotní potenciál je nejvyšší stupeň zdraví, kterého může jedinec dosáhnout.

Kvalita života je individuální vnímání svého životního postavení.

Zdravotnictví je resortní systém obsahující soustavu odborných zařízení, orgánů a institucí (spolu s lidmi, vybavením, poznatky a metodami), které byly vytvořeny s cílem poznávat a uspokojovat zdra-

votní potřeby i oprávněné požadavky lidí. Zdravotnictví je subsystémem široce pojímané péče o zdraví a představuje její odbornou, profesionálně vykonávanou a resortně pojímanou část. Cílem zdravotnictví je přispívat ke zlepšování zdraví lidí a zajistit dobrou funkci systému poskytujícího zdravotní služby.

Péče o zdraví je široce pojatý souhrn zdravotnických, organizačních, ekonomických, výchovných a dalších prostředků, opatření a aktivit, jejichž smyslem je chránit, upevňovat, rozvíjet a navracet lidem zdraví. Těžiště péče o zdraví spočívá v rodinách, školách a na pracovištích.

Cílem péče o zdraví je umožnit všem, aby dosáhli, pokud je to možné, plného zdravotního potenciálu a zvýšila se celková úroveň zdraví populace, tedy:

- přidat roky života (snížit počet předčasných úmrtí – před 75. rokem života)
- přidat zdraví životu (snížit nemocnost – prodloužit tzv. „zdravé roky života“ (HLY – Health Life Years)
- přidat léta života (posilovat a rozvíjet zdraví)
- snížit rozdíly v úrovni zdraví mezi pohlavími (ženy v ČR žijí v průměru o 6 let déle než muži)
- snížit rozdíly v úrovni zdraví mezi sociálními skupinami (v ČR mají muži se základním vzděláním střední délku života až o 14 let kratší než muži s VŠ vzděláním)

1.1 Počátky veřejného zdravotnictví

S pozorností věnovanou veřejnému zdraví se setkáváme již ve starověku (Řím, Čína) a např. zavádění opatření proti šíření velkých morových epidemií sahá až do 14. století. K rozmachu oboru však dochází až společně s rozvojem medicíny v průběhu 18. a 19. století a jeho historie je spjata např. se jmény Johna Snowa, který je považován za zakladatele oboru epidemiologie, nebo se jménem Roberta Kocha, který se stal zakladatelem bakteriologie a jehož objevy zahájily tzv. „moderní“ éru veřejného zdravotnictví, jež dosáhlo zásadních úspěchů v oblasti potlačení šíření infekčních onemocnění. Počátky

veřejného zdravotnictví na našem území sahají do 18. století. Snahy státu o organizaci zdravotní péče vyvrcholily za Marie Terezie, která vydala roku 1770 zdravotní řád, který zůstal vrcholnou zdravotní normou rakouského soustátí po celé následující století. Byla zřízena státní zdravotní služba a byly stanoveny základní předpisy týkající se hygienických a sanitárních opatření a trvalo se na jejich dodržování. Hlavním zdravotním problémem v té době byly infekční nemoci a jejich snadné šíření značně podmíněné životními podmínkami a chudobou obyvatelstva. K nejrozšířenějším nemocem v 18. století patřily břišní tyf, bacilární úplavice, pravé neštovice, spála, spalničky, černý kašel, chřipka a pohlavně přenosné nemoci, nicméně již byla dodržována karanténa, zlepšila se hygiena a v mnoha směrech pokročila i samotná medicína.

K vytvoření zdravotního systému moderní doby v tehdejším Rakousku-Uhersku došlo zákonem z roku 1887 o veřejné zdravotní službě, na jehož základě vznikla i v českých zemích hierarchicky uspořádaná síť institucí v čele s úředními lékaři, která zabezpečovala, sledovala a kontrolovala stanovená hygienická, protiepidemická a preventivní opatření. V roce 1888 byl v Rakousku-Uhersku včetně českých zemí zaveden systém nemocenského zdravotního pojištění, navržený Otto von Bismarckem, založený na principu solidarity, který byl implementován do právního řádu samostatného prvorepublikového Československa.

1.2 Veřejné zdravotnictví za první republiky (1918–1938)

Obyvatele nově vzniklého samostatného Československa sužovala z infekčních onemocnění zejména tuberkulóza, avšak začaly se objevovat i nemoci oběhového systému a nádorová onemocnění. Zdravotnický systém první republiky byl založen na principu povinného zdravotního pojištění, které bylo uzákoněno v roce 1924. Zákon stanovil povinné pojištění zaměstnanců pro případ nemoci, invalidity a stáří. Pojištěna byla přibližně polovina z 15 milionů obyvatel tehdejšího Československa. Z pojistky zaměstnanců byli pojištěni jak samotní zaměstnanci, tak i jejich rodinní příslušníci. Zdravotní péči poskytovali hlavně praktičtí lékaři. Síť zdravotnických zařízení tvoři-

ly soukromé ordinace, které zabezpečovaly ambulantní péči, léčebné ústavy s lůžkovou péčí, sociálně-zdravotní zařízení a soukromé léčebné ústavy. Prvorepubliková výše pojistného byla 6 % mzdy a o její úhradu se dělil zaměstnavatel se zaměstnancem každý polovinou. V nemocnicích byly stanoveny třídy. Pojištěnci a jejich rodinní příslušníci měli při základním pojištění nárok na bezplatné ambulantní a nemocniční ošetření ve III. třídě nemocnice, státní zaměstnanci měli nárok na II. třídu, I. třída byla za příplatek. Veřejné zdravotnictví za první republiky bylo zaměřeno hlavně na boj proti infekčním nemocem, na jejich prevenci a sociální faktory, které ovlivňovaly jejich snadné šíření. V roce 1919 byl založen Československý červený kříž a dcera prvního prezidenta samostatného Československa Tomáše Garrigua Masaryka Alice Masaryková byla jmenována jeho předsedkyní. V roce 1925 vznikl Státní zdravotní ústav, vědecká instituce, která se zaměřovala na sledování zdravotního stavu populace a možnosti jeho pozitivního ovlivnění a vyráběly se zde očkovací látky. Alice Masaryková vyjednala financování z Rockefellerovy nadace. Stát na jeho výstavbu poskytl 50 % potřebné částky a 50 % bylo věnováno Rockefellerovou nadací.

Pozornost se již začala koncentrovat na zdravotní stav populace a možnosti jeho pozitivního ovlivnění. Kromě epidemiologie vznikly i samostatné medicínské obory jako hygiena práce, hygiena výživy, hygiena obecná a komunální, hygiena dětí a mladistvých.

1.3 Veřejné zdravotnictví v letech 1948–1989

V roce 1951 byla převzata koncepce zdravotnictví ze Svazu sovětských socialistických republik – Semaškův model. Systém povinného zdravotního pojištění byl zrušen a zdravotní péče se ocitla plně v rukou státu. Nemocnice a léčebné ústavy byly znárodněny, zestátněn byl celý zdravotnický průmysl včetně výroby a distribuce léčiv. Zdravotní péče byla financována z daní prostřednictvím státního rozpočtu, organizaci a řízení zdravotní péče převzalo ministerstvo zdravotnictví. V roce 1951 byl přijat zákon o jednotné preventivní a léčebné péči. Zdravotní péče se stala pro občana „bezplatnou“, bez přímé úhrady a byla financována pouze z daní občanů prostřed-

nictvím státního rozpočtu. Vznikly krajské ústavy národního zdraví (KÚNZ) a okresní ústavy národního zdraví (OÚNZ), které zabezpečovaly veškerou léčebně preventivní péči ambulantní, závodní a nemocniční. Okresní ústav národního zdraví sdružoval okresní nemocnici s okresními zdravotnickými středisky, obvodní zdravotnická střediska, ženské poradny, dětské poradny, stanice záchranné služby, noční sanatoria a transfuzní stanice. Okresní ústavy národního zdraví plánovaly, řídily a kontrolovaly jednotnou preventivní a léčebnou péči v daném správním obvodě (okrese). Obdobou okresních ústavů národního zdraví na krajské úrovni byly krajské ústavy národního zdraví. Typická pro toto období byla všeobecná dostupnost zdravotní péče. V roce 1952 byla zřízena hygienická služba jako státní orgán určený ke kontrole dodržování zásad hygieny a prevence šíření infekčních nemocí. Státní zdravotní ústav byl přejmenován na Institut hygieny a epidemiologie a důraz byl kladen na prevenci infekčních onemocnění očkováním, méně na prevenci kardiovaskulárních, nádorových a jiných nepřenositelných onemocnění. Centralizované řízení zdravotnictví skončilo v roce 1989 a po sametové revoluci se v rámci transformace veřejné zdravotnictví začalo vracet směrem k „bismarckovskému“ modelu zdravotního pojištění.

1.4 Veřejné zdravotnictví po roce 1989 a v současnosti

V roce 1991 došlo ke zrušení OÚNZ a KÚNZ a ke změně typu financování zdravotnictví. Znovu bylo zavedeno všeobecné zdravotní pojištění „bismarckovského“ typu, které je povinné a založené na principu solidarity mezi zdravými a nemocnými pojištěnci. V roce 1991 byl přijat zákon o všeobecném zdravotním pojištění, který byl v roce 1997 nahrazen zákonem o veřejném zdravotním pojištění. V roce 1991 byl přijat zákon o Všeobecné zdravotní pojišťovně a v roce 1992 zákon o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách. V roce 1992 byl také přijat zákon o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, který řeší konkrétní výši pojistného. Tyto zákony vytvořily právní rámec pro nový systém financování. Pojistné činí 13,5 % z vyměřovacího základu příjmu. U osob v zaměstnanec-kém poměru zaměstnavatel platí 9 % a zaměstnanec 4,5 % ze mzdy

na zdravotní pojištění. Nynější systém oproti prvorepublikovému zvýhodňuje zaměstnance. Také osoba samostatně výdělečně činná je podle zákona povinna odvést pojistné ve výši 13,5% z dosaženého vyměřovacího základu, avšak jsou zde další zohlednitelné faktory. Zdravotní pojišťovny jsou samostatnými právními subjekty, které mají za úkol provádět veřejné zdravotní pojištění. Tato činnost zahrnuje především na jedné straně výběr pojistného od plátců pojistného a na straně druhé úhrady zdravotních služeb poskytovatelům zdravotních služeb. **Mezi hlavní povinnosti zdravotních pojišťoven patří zajistit svým pojištěncům poskytování hrazených služeb**, které musí být místně a časově dostupné. Tuto povinnost plní prostřednictvím poskytovatelů, se kterými uzavírají smlouvy o poskytování a úhradě hrazených služeb. Tito poskytovatelé tvoří tzv. síť smluvních poskytovatelů zdravotní péče příslušné zdravotní pojišťovny. Zdravotní pojišťovny musí dbát, aby síť smluvních poskytovatelů v daném regionu byla dostatečně naplněna a měla optimální strukturu. Zdravotní pojišťovny jsou neziskové organizace, veškeré uspořené prostředky musí vracet zpět do systému zdravotní péče. Institut hygieny a epidemiologie se vrátil zpět ke svému původnímu názvu Státní zdravotní ústav a pro preventivní medicínu bylo zavedeno nové označení „veřejné zdravotnictví“. Vzhledem k příznivé epidemiologické situaci ve výskytu většiny infekčních onemocnění se veřejné zdravotnictví začalo věnovat chronickým neinfekčním nemocem, tedy kardiovaskulárním, nádorovým a metabolickým, jejichž nejvyšší výskyt byl zaznamenán v Česku v období před začátkem sametové revoluce. Po roce 1989 nastal prudký rozvoj zdravotnictví a zdravotní stav populace se začal postupně zlepšovat. Úmrtnost na nemoci oběhové soustavy začala klesat vzhledem ke zlepšené léčbě hypertenze, zavedení nových léčebných postupů a zkvalitnění systému péče o pacienty s infarktem myokardu a cévní mozkovou příhodou. Po roce 2000 byly postupně zavedeny tři plošné screeningové onkologické programy, které umožnily časnou identifikaci příznaků a projevů nádorových onemocnění a jejich včasnou léčbu (screening karcinomu střev, děložního hrdla a prsu). Na poklesu úmrtnosti na nemoci srdce a cév a na nádorová onemocnění měla podíl i cílená edukace obyvatel a jejich výchova ke zdravějšímu životnímu stylu prostřednictvím ce-

lostátních i regionálních kampaní pod metodickým vedením Státního zdravotního ústavu. Do popředí zájmu oboru Veřejné zdravotnictví se postupně dostalo sledování a vyhodnocování zdravotního stavu populace, prevence, výchova ke zdravému životnímu stylu, podpora zdraví a zdravotnický management. Stále větší pozornost se věnuje v oblasti veřejného zdravotnictví sociálním determinantám zdraví (chudoba, nízká zdravotní gramotnost, nízká úroveň vzdělání, nízká kvalifikace) a nerovnostem ve zdraví zejména ve vyloučených lokalitách. Mezi současné hrozby veřejného zdraví obyvatel České republiky nadále patří chronická neinfekční onemocnění. Za přibližně 50 % všech příčin úmrtí jsou zodpovědné nemoci srdce a cév a za cca 30 % nádorová onemocnění. Velkou hrozbu představuje současná pandemie obezity a s ní související stoupající incidence diabetu mellitu 2. typu. Znovu se ale začínají objevovat mnohá infekční onemocnění, jejichž výskyt byl v uplynulých desetiletích minimalizován a jež se mohou stát významným zdravotním problémem v blízké budoucnosti vzhledem ke snižující se proočkovanosti dětí a vyvanutí imunity u stárnoucí populace (dáivý kašel, příušnice, spalničky). Také se jedná o onemocnění vyvolaná nově identifikovanými etiologickými agens nebo novými kmeny či druhy již známých mikroorganismů (např. HIV/AIDS, SARS, covid-19), dále nová infekční onemocnění vzniklá změnou nebo vývojem již známého původce (např. antigenní změny u viru chřipky, koronavirů) a známá infekční onemocnění, která se rozšiřují kvůli klimatickým změnám i na nová území a mohou se objevit i v České republice (např. západonilská horečka, dengue, malárie). Velkou hrozbou jsou však zejména známá onemocnění, jejichž znovobjevení a zvýšený výskyt souvisí se snižující se proočkovaností populace a nižší úrovní kolektivní imunity (např. spalničky, dáivý kašel, příušnice). Značné zdravotní riziko a ohrožení veřejného zdraví představují i vysoce nebezpečné nákazy s rizikem zavlečení i do České republiky (hemoragické horečky Ebola, Lassa, Marburg). Dalším závažným problémem veřejného zdravotnictví je stoupající antibiotická rezistence, zdravotní rizika spojená s migrací obyvatel z jiných světadílů do České republiky (virové hepatitidy, vrozený zarděnkový syndrom, tuberkulóza, infekce HIV, syfilis, kapavka, opičí neštovice), přetrvávající vysoký výskyt rizikových faktorů život-

ního stylu u obyvatel České republiky, zejména kuřáctví a nadměrná konzumace alkoholických nápojů, užívání nelegálních návykových látek, vysoká prevalence nadváhy a obezity, odmítání očkování, které snižuje kolektivní imunitu, stárnutí populace a zejména dopad stálého zvyšování průměrné délky života obyvatel na systémy zdravotní péče. Střední délka života (naděje dožití) obyvatel České republiky se sice prodlužuje, nikoliv však střední délka života prožitá ve zdraví a bez nemoci. Prodlužují se tedy roky života prožité v nemoci.

1.5 Principy současného českého veřejného zdravotnictví

Tyto principy jsou odvozeny od převažujících hodnot, veřejného zájmu, mezinárodních lidských práv a ústavního práva v ČR a zásadních poznatků společenských a medicínských věd (evidence-based medicine – medicína založená na důkazech).

Mezi základní principy současného českého veřejného zdravotnictví patří

- rovnost v právech a svobodách pacientů
- právo na ochranu zdraví
- právo na zdravotní péči
- dlouhodobě vyrovnané hospodaření zdravotnictví
- objem a struktura péče odvozené od hodnocení potřeb
- zdravotní politika založená na objektivních důkazech a hodnocení výsledků
- efektivní produkce zdravotní péče

Literatura

HNILICOVÁ H. *Veřejné zdravotnictví v průběhu času – vývoj a současnost*. Časopis lékařů českých 2022; 3/4: 167–171. ISSN 0008-7335 (print). ISSN 1805-4420 (online).

2 Modely zdravotnických systémů, výdaje na zdravotnictví

Zdravotnickým systémem (systémem péče o zdraví) je označována ta část společenského systému, která sestává z opatření, institucí, organizací a činností, jež usilují o léčení nemocí, jejich prevenci a posilování zdraví společnosti. Cílem systémů péče o zdraví je zlepšovat zdraví jednotlivců a celé populace každého státu. Systémy financování péče o zdraví v jednotlivých státech světa však vykazují velkou rozmanitost, a proto je zdravotnictví v každé zemi unikátní.

Z hlediska financování zdravotnických systémů a z hlediska míry zásahů státu do struktury a funkce zdravotnictví lze rozlišit dva základní typy zdravotního pojištění, a to statutární (povinné) a privátní (dobrovolné). **Statutární zdravotní pojištění** je na základě zákona povinné buď pro všechny občany daného státu, nebo pro jasně vymezené populační skupiny dané věkem, zaměstnaneckým statutem apod. **Privátní zdravotní pojištění** je dobrovolné. Statutární i privátní zdravotní pojištění mohou zajišťovat jak veřejné, tak privátní subjekty. Zdraví populace jako celku (veřejné zdraví) je však zdravotnictvím ovlivněno relativně málo (do 15%).

Mezi **ukazatele péče o zdraví populace (indikátory)** určené k porovnávání zdravotnických systémů jednotlivých států patří:

- počet lékařů na počet obyvatel
- struktura specializací (obecně, ambulantních lékařů, nemocničních lékařů, lékařů v preventivních službách)
- zdravotnická zařízení (struktura, počet, poměr ambulantní a stacionární péče, vybavenost nákladnou technologií)
- struktura primární, sekundární a terciární péče
- lůžka (počet a struktura, průměrné využití, průměrná délka hospitalizace)
- návštěvnost lékařů
- struktura výkonů poskytované péče
- struktura výdajů na zdravotní péči

Základními kritérii zdravotnického systému jsou **dostupnost a kvalita** zdravotní péče a dále výkonnost zdravotnického systému. **Dostup-**

nost péče zohledňuje překážky při čerpání zdravotní péče, například finanční překážky (náklady na léčbu, pojištění, spoluúčast), geografické (distribuce zařízení zdravotní péče v regionu), časové (délka čekací doby mezi vznikem obtíží, odbornou indikací a zahájením léčby), administrativní (specializovaná péče pouze na doporučení praktických lékařů, spádovost), sociokulturní (vzdělání, etnická příslušnost, náboženské etnikum, jazykové bariéry, zdravotní gramotnost, orientace v systému zdravotní péče apod.).

Kvalita péče odpovídá poznatkům výzkumu a možnostem technologie a závisí na ekonomické situaci země, technologické a materiální vybavenosti zdravotnických zařízení a úrovni medicínského vzdělání a profesionálním dohledu nad výkonem lékařů a nelékařských zdravotnických pracovníků. Projevuje se na ukazatelích zdravotního stavu populace a na spokojenosti pacientů.

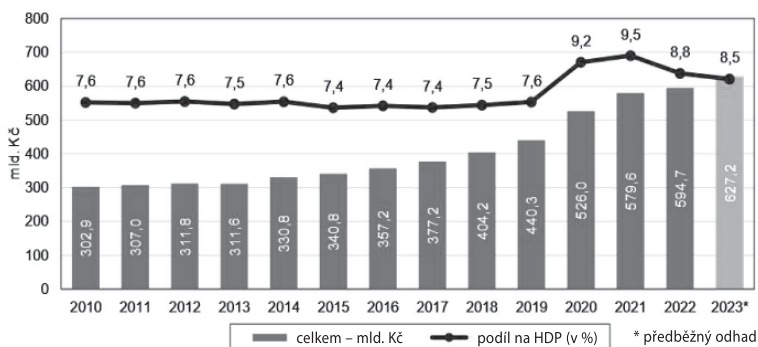
Kvalita a dostupnost zdravotní péče úzce souvisí s ekonomikou. Náklady dané země na zdravotnictví obvykle vyjadřujeme v procentech HDP. Platí zde přímá úměra, tedy že s růstem nákladů na zdravotnictví se zlepšuje i zdravotní péče. V roce 2023 tvořily výdaje na zdravotnictví zhruba 8,5 % HDP, což je méně ve srovnání s některými zeměmi západní Evropy, například Německem nebo Francií, kde se tyto výdaje pohybují kolem 11 % HDP. Bohaté země investují do zdravotnictví v průměru vyšší podíl HDP a tím zvyšují šanci obyvatel na kvalitnější a dostupnější zdravotní péči.

V mezinárodním srovnání je často používaným ukazatelem podíl výdajů na zdravotní péči na HDP.

Průměrné roční výdaje na zdravotní péči v ČR rostou s věkem, a největší nárůst ve výdajích nastává u pojištěnců starších 60 let. Tento přechod je výrazný a naznačuje, že náklady na zdravotní péči výrazně stoupají s nástupem chronických onemocnění v české populaci právě po dosažení 60. roku věku našich obyvatel.

Většina výdajů na zdravotnictví je určena na lůžkovou a ambulantní péči a dále na léčiva. Výdaje na primární prevenci jsou nízké, což je zastaralý model zdravotnictví.

Nemoci generují **makroekonomické ztráty zdravotní a nezdravotní. Zdravotní ztráty** představují náklady na diagnostiku a léčbu nemocí, **nezdravotní ztráty** jsou náklady na pracovní neschopnosti, invalidní



Graf 1 Výdaje na zdravotnictví v ČR (zdroj: ČSÚ 2024)

důchody, absenteismus, prezenteismus a to, že nemocní lidé neodvádějí prostředky do systému zdravotního pojištění, negenerují zisk.

Podle WHO jsou nezdravotní ztráty dvojnásobkem až trojnásobkem ztrát zdravotních.

2.1 Základní modely zdravotnických systémů

Zdravotnické systémy lze podle způsobu hrazení poskytnuté zdravotní péče rozdělit na dva základní modely:

- státní zdravotnictví** (zdravotní péče je hrazená z veřejných prostředků, daní) – národní zdravotní služba:
 - Beveridgeův model
 - Semaškův model
- zdravotní systémy založené na pojištění:**
 - veřejné (povinné) zdravotní pojištění (bismarckovský model zdravotnictví)
 - soukromé (dobrovolné) zdravotní pojištění – tržní zdravotnictví (liberální model)

2.1.1 Státní zdravotnictví

■ Beveridgeův model

Zdravotní péče je financována z všeobecných daní. Typickým představitelem tohoto modelu je Národní zdravotní služba (National Health

Care) ve Velké Británii. Tento model se vyznačuje univerzálním zdravotním pojištěním, které pokrývá celou populaci. Zdravotní péče je poskytována ve veřejných zdravotnických zařízeních nebo u smluvně vázaných poskytovatelů zdravotní péče s různou formou vlastnictví. Stát vlastní většinu zdravotnických zařízení, zejména nemocnic, a většina zdravotnických pracovníků na všech úrovních jsou zaměstnanci Národní zdravotní služby. Jedná se o státní (centralizované) zdravotnictví, přičemž stát garantuje určité spektrum služeb. Zdravotní péče je financována z daní, které odvádějí obyvatelé ze svých příjmů do státního rozpočtu. Hlavními výhodami jsou dostupnost zdravotní péče a rovný přístup ke všem obyvatelům. Mezi soukromá zdravotnická zařízení patří ordinace praktických lékařů, stomatologů, ordinace specialistů a sanatoria, ale tyto služby mají pouze doplňkový charakter (tvoří 15–20%) a jsou využívány zpravidla bohatšími pacienty. Tento systém funguje s různými menšími modifikacemi ve Švédsku, Norsku, Finsku, Dánsku, Irsku, Španělsku, Portugalsku, Řecku, Itálii, Kanadě, na Novém Zélandu a v Austrálii.

■ Semaškův model

Model je charakterizován neexistujícími soukromými zdravotními službami. Financování, poskytování i řízení zdravotní péče je plně v rukou státu. Byl uplatňován ve všech bývalých socialistických státech východní Evropy včetně Československa. V současné době tento systém již není zcela běžný, jeho zbytky přetrvávají v některých zemích bývalého Sovětského svazu (SSSR) a na Kubě. Mezi výhody tohoto systému patří garance dostupnosti veškeré potřebné zdravotní péče státem, rovnost v přístupu k péči o zdraví, všeobecná dostupnost základních služeb, nižší celkové náklady a menší administrativní zatížení lékařů. Mezi nevýhody patří dlouhé čekací doby na ambulantní specializované služby a drahé výkony, omezená svobodná volba lékaře a zdravotnického zařízení a různá úroveň nemocnic z hlediska komfortu pacientů.

2.1.2 Zdravotnický systém založený na zdravotním pojištění

■ Bismarckovský model sociálního a zdravotního pojištění

Bismarckovský model sociálního a zdravotního pojištění zahrnuje nemocenské, úrazové a důchodové pojištění. Zdravotnický systém založený

Vážení čtenáři, právě jste dočetli ukázkou z knihy Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví pro SZŠ.

Pokud se Vám ukázka líbila, na našem webu si můžete zakoupit celou knihu.